



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Premie, aanmelding CVZ, hoogte betalingsachterstand, beëindiging aanvullende
ziektekostenverzekering, vergoeding zorgkosten
Zaaknummer : 201601309
Zittingsdatum : 21 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2016, art. 8a Zvw en paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2013, en art. 3:37 BW)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Stad Holland Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van twee gezinsleden een zorgverzekering afgesloten. Verder was tot en met 30 juni 2013 ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Zorg Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een bril en tandheelkundige zorg. Hierop is afwijzend beslist. Verder bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, in verband waarmee de aanvullende ziektekostenverzekering van hem en zijn gezinsleden met ingang van 1 juli 2013 is beëindigd, en verzoeker met ingang van 1 oktober 2013 is aangemeld als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) (hierna de aanspraak).



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 23 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.



3.3. Bij klachtenformulier van 2 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).



3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 20 juli, 19 september en 19 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op respectievelijk 9 september, 18 en 20 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 1 oktober, 1 november en 22 november 2016 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 19 oktober en 2 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon gehoord.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht mede te delen of (i) hij eind 2012 van verzoeker een (schriftelijke) opzegging heeft ontvangen, en (ii) of opzegging met ingang van 1 januari 2017 tot de mogelijkheden behoort. Bij e-mailbericht van 21 december 2016 en brief van 9 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Bij brieven van 22 december 2016 en 16 januari 2017 is de ontvangen correspondentie in afschrift aan verzoeker gezonden waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 17 januari 2017 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat de administratie van de ziektekostenverzekeraar een grote puinhoop is. Van een premieachterstand voor de zorgverzekering van zes of meer maanden is dan ook geen sprake. Het is voor verzoeker onduidelijk aan wie hij momenteel betaalt. Zowel van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar als van de incassogemachtigde van het Zorginstituut Nederland ontvangt verzoeker post dat hij moet betalen.
- 4.2. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 juli 2013 heeft beëindigd. Vanwege deze beëindiging komen de door hem ingediende declaraties niet voor vergoeding in aanmerking. Ondanks deze beëindiging en de aanmelding als wanbetaler bij het CVZ/Zorginstituut Nederland is verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar en diens incassogemachtigde blijven betalen. Het is voor verzoeker een raadsel waar deze betalingen zijn gebleven.
- 4.3. Naast het feit dat verzoeker door het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn zorgkosten niet langer vergoed krijgt, heeft de ziektekostenverzekeraar veel andere zorgkosten ten onrechte niet of niet volledig vergoed. Zo worden de kosten van een in 2012 aangeschafte bril en montuur slechts gedeeltelijk vergoed. Daarnaast vergoedt de ziektekostenverzekeraar meerdere nota's ter zake van tandheelkundige hulp niet. Zodoende blijven honderden euro's aan zorg voor rekening van verzoeker.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij in 2012 veel discussie heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van de kosten van parodontologische behandelingen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de betreffende kosten bleef weigeren, heeft verzoeker in november 2012 per telefoon, fax en aangetekende brief de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar opgezegd. Omdat de opzegging destijds niet is geaccepteerd, is een betalingsachterstand ontstaan met als gevolg de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut.
De problemen met de ziektekostenverzekeraar zijn inmiddels zo groot dat verzoeker de zorgverzekering per eerst mogelijke datum wenst op te zeggen.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft meerdere vorderingen niet voldaan. Daarnaast worden de verschuldigde premies te laat, dat wil zeggen na de vervaldatum, betaald. Als gevolg hiervan is een betalingsachterstand ontstaan die is overgedragen aan een incassobureau. Ook is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met ingang van 1 juli 2013 beëindigd.
- 5.2. Aangezien op 18 september 2013 sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op die datum aangemeld als wanbetaler bij het CVZ. Voor verzoeker waren op dat moment onder meer de premies voor de zorgverzekering voor de maanden maart tot en met september 2013 (7 x € 104,--) niet betaald.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 augustus 2016 bedraagt naar de stand van 14 september 2016 totaal € 1.978,--, exclusief rente en incassokosten. Deze openstaande vordering heeft de ziektekostenverzekeraar overgedragen aan zijn incassogemachtigde. In één dossier heeft de rechtbank vonnis gewezen. De openstaande vordering bij de incassogemachtigde bedraagt naar de stand van 19 september 2016 totaal € 3.439,87, inclusief (buiten)gerechtelijke kosten en rente.
- 5.4. Verzoeker stelt dat verschillende door hem gedeclareerde zorgkosten niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.
Zo voert verzoeker aan dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een bril inclusief montuur. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) tot maximaal € 460,-- per drie kalenderjaren. Aangezien verzoeker in 2010 reeds een vergoeding van € 282,80 ter zake van een bril heeft ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar van de op 14 december 2012 ingediende nota 'slechts' een bedrag vergoed van € 177,20 (€ 460,-- - € 282,80).
Ter zake van de nota's van tandheelkundige zorg stelt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende ziektekostenverzekering voor een groot deel van deze kosten geen dekking kent. Zo komen bijvoorbeeld de nota's die betrekking hebben op wortelkanaalbehandelingen, het aanbrengen van een rubberdam, anesthesie, een pulpa-overkapping en niet nagekomen afspraken niet voor vergoeding in aanmerking. Daarnaast heeft verzoeker een aantal nota's twee keer ter declaratie ingediend waardoor geen vergoeding van die kosten heeft plaatsgevonden.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hem niet bekend is dat verzoeker eind 2012 de verzekering heeft opgezegd. Wel is de ziektekostenverzekeraar bereid te onderzoeken of een opzegging met ingang van 1 januari 2017 tot de mogelijkheden behoort.
- 5.6. Bij e-mailbericht van 21 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de zorgverzekering van verzoeker, ondanks het bestaan van een betalingsachterstand, met ingang van 1 januari 2017 zal worden beëindigd.
Bij brief van 9 januari 2017 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij bij diverse gelegenheden aan verzoeker heeft medegedeeld eerst op 10 mei 2013 van verzoeker een opzegging te hebben ontvangen. Aangezien het niet mogelijk is de zorgverzekering tussentijds te beëindigen en op 1 januari 2014 sprake was van een betalingsachterstand, is de op 10 mei 2013 door verzoeker gedane opzegging niet gehonoreerd.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd voor zover het geschil reeds onder de rechter is geweest.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn (i) de opzegging van de verzekering met ingang van 1 januari 2013, (ii) de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2013, (iii) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CVZ op 18 september 2013, (iv) de vergoeding van de kosten van een bril inclusief montuur, en tandheelkundige kosten, en (v) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand.

Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 5 lid 1 van de zorgverzekering (2012) bepaalt hoe de verzekeringnemer de zorgverzekering kan opzeggen, en luidt, als volgt:

"lid 1 Aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer mag u uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december schriftelijk opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- *Door gebruik te maken van de opzegservice. Zorgverzekeraars hebben een opzegservice in het leven geroepen.*

Deze houdt in dat als u als verzekeringnemer uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt.

- *Door u als verzekeringnemer.*

U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen."

8.4. Artikel 8a lid 1 Zvw bepaalt:

"Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort."

- 8.5. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
 - a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
 - b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."*

- 8.6. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.7. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

"Artikel 18c

1. *Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.*
2. *De melding geschiedt niet:*
 - a. *in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;*
 - b. *gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;*
 - c. *ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;*
 - d. *ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.*
3. *Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."*

- 8.8. Artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de premiebetaling en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 De Verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen op de dag waarop zij verschuldigd zijn. Op de Verzekering kan een door de Verzekeraar vast te stellen gedifferentieerd premiesysteem van toepassing zijn in de vorm van kortingen respectievelijk toeslagen.

lid 2 Indien de Verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kan de Verzekeraar na de premieervaldag de Verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van de Verzekering wordt opgeschort. (...) Indien de Verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de Verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de Verzekeraar zijn ontvangen. Zodra de opschorting wordt opgeheven, komen de kosten die de Verzekerde gemaakt heeft in de opgeschorte periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking. Indien de Verzekeringnemer niet binnen de gestelde termijn betaalt, zal de betreffende Verzekering worden beëindigd. (...)"

- 8.9. In het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) is op bladzijde 14 het volgende opgenomen:

"Tandheelkunde

Vergoed worden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd bij verzekerden van 18 jaar en ouder:

- a. eerste en tweede preventief onderzoek (C11 en C12); 100%*
 - b. incidenteel consult (C13); 100%*
 - c. chirurgische ingrepen en extracties (H10,H15,H20,H21,H25,H26,H30,H50,H55). Overige H-codes op aanvraag (H90 wordt niet vergoed); 100%*
 - d. het verwijderen van tandsteen (tariefcodes M50,M55 en M59) indien uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist; 100%*
 - e. plaque-score (M31); 100%*
 - f. restauraties van gebitselementen door middel van één-, twee en drievlaksvulling (tarief codes V10,V11,V12,V13,V14,V20,V21 en V70); 100%*
 - g. parodontologie (tariefcodes T11,T12,T21,T22,T82 en T83); 100%*
 - h. intra-orale röntgenfoto (X10); 100%, maximaal 3 foto's per kalenderjaar*
 - i. orthopantomogram (X21). 100%, maximaal € 44,25 per kalenderjaar*
- De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt per kalenderjaar: € 44,25*

*Niet nagekomen afspraak (C90) wordt niet vergoed.
(...)"*

- 8.10. In het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) is op bladzijde 5 het volgende opgenomen:

"Brillenglazen/contactlenzen

Vergoed worden de kosten van brillenglazen (inclusief montuur) of contactlenzen tot ten hoogste € 460,- per paar bij 4 of meer dioptrieën. Per verzekerde bestaat recht op vergoeding van één paar brillenglazen (inclusief montuur) of contactlenzen per 3 kalenderjaren. Onder lenzen worden dag-, week-, maand- of vaste contactlenzen verstaan die door een opticien zijn verstrekt.

De sterkte in dioptrieën wordt bepaald na een optelling van de sferische en cilindrische oogafwijking. De sterkte dient duidelijk uit de nota te blijken. Een leesgedeelte in een bril of contactlens telt niet mee bij de bepaling van het aantal dioptrieën. Een leesbril is uitgezonderd van vergoeding. Maximaal € 460,- per drie kalenderjaren"

- 8.11. Artikel 3:37 BW luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van

zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Opzegging

- 9.1. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij de verzekering in november 2012 per telefoon, faxbericht en aangetekende brief heeft opgezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling bestreden en aangevoerd dat hij eerst op 10 mei 2013 een opzegging van verzoeker heeft ontvangen. Aangezien verzoeker, daarnaar gevraagd, heeft verklaard niet meer over afschriften van de in november 2012 gedane opzeggingen te beschikken, heeft verzoeker gelet op het bepaalde in artikel 3:37 BW niet aannemelijk gemaakt dat hij de verzekering vóór 1 januari 2013 schriftelijk heeft opgezegd. Verzoeker is zodoende voor het jaar 2013 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd gebleven. Opzegging tegen 1 januari 2014 was niet mogelijk, gelet op de in 2013 opgebouwde betalingsachterstand, die sindsdien niet is ingelopen.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden is beëindigd met ingang van 1 juli 2013. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat verzoeker in de periode vóór 1 juli 2013 niet steeds de volledige premie bij vooruitbetaling heeft voldaan en dat op 1 juli 2013 sprake was van een betalingsachterstand, hetgeen overigens door verzoeker wordt erkend. Onder deze omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 8 lid 2 van de betreffende verzekeringsvoorwaarden, vrij de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met ingang van 1 juli 2013 te beëindigen.

Aanmelding CVZ

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 18 september 2013 als wanbetaler aangemeld bij het toenmalige CVZ. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum een achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering van verzoeker bestond. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 20 juli 2016 een financieel overzicht gevoegd. Uit dit overzicht blijkt dat op 18 september 2013 sprake was van een *premie*achterstand voor de zorgverzekering van verzoeker van € 728,--. Genoemd bedrag had betrekking op de nog openstaande premie voor de maanden maart tot en met september 2013 (7 x € 104,--). Dat door verzoeker vóór 18 september 2013 meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het financiële overzicht van 20 juli 2016 blijken of dat genoemde maanden door verzoeker wél tijdig zijn voldaan, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Per saldo was derhalve op 18 september 2013 sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zodat is voldaan aan het vereiste in artikel 18c Zvw en de aanmelding bij het CVZ terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.4. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand kan niet leiden tot een ander oordeel. Gezien het voorgaande blijft de toetsing door de commissie in dit geval beperkt tot de vraag of de ziektekostenverzekeraar verzoeker al dan niet terecht op 18 september 2013 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CVZ, en dit is, gelet op de toen aanwezige premieachterstand, het geval.

Zorgkostennota's

- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar verschillende door hem ingediende zorgkostennota's niet heeft vergoed. Zo heeft verzoeker in december 2012 ten behoeve van

zijn zoon een bril aangeschaft. Zowel het montuur (€ 119,50) als de glazen (€ 279,--) worden niet (volledig) vergoed. De commissie merkt hierover op dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van brillenglazen, (inclusief montuur). Deze vergoeding bedraagt maximaal € 460,-- per drie kalenderjaren. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat verzoeker in 2010 ter zake van een bril een vergoeding van € 282,80 is verleend. Gelet op deze vergoeding bestaat in 2012 enkel nog aanspraak op het resterende bedrag van € 177,20 (€ 460,-- - € 282,80). Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 19 oktober 2016 blijkt dat verzoeker dit bedrag heeft ontvangen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding.

- 9.6. Voorts stelt verzoeker dat diverse door hem ingediende declaraties betreffende tandheelkundige zorg door de ziektekostenverzekeraar niet zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat in de meeste gevallen de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor deze kosten. De commissie onderschrijft dit standpunt. Zo zijn door verzoeker kosten gedeclareerd voor bijvoorbeeld wortelkanaalbehandelingen, het aanbrengen van een rubberdam, anesthesie, een pulpa-overkapping en niet nagekomen afspraken. De commissie stelt vast dat de aanvullende ziektekostenverzekering, gezien het gestelde op bladzijde 14 van het betreffende vergoedingenoverzicht, geen dekking biedt voor deze kosten. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat sommige nota's door verzoeker twee keer ter declaratie zijn ingediend, en om die reden zijn afgewezen. Gelet op het voorgaande is het de commissie, anders dan verzoeker stelt, niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde tandheelkundige kosten ten onrechte niet heeft vergoed.

Huidige stand van zaken

- 9.7. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken met betrekking tot de betalingsachterstand is. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 14 september 2016 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 augustus 2016 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 1.978,--, exclusief rente en incassokosten. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij dit bedrag volledig aan zijn incassogemachtigde heeft overgedragen en dat verzoeker bij vonnis van 20 november 2013 is veroordeeld tot het betalen van een deel van deze vordering. De bij de incassogemachtigde openstaande vordering bedraagt naar de stand van 19 september 2016 volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar totaal € 3.439,87, inclusief (buiten)gerechtelijke kosten.
- 9.8. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 14 september 2016 blijken, is in de procedure niet gebleken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het overzicht van 14 september 2016 als juist heeft te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 augustus 2016 naar de stand van 14 september 2016 totaal € 1.978,--, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. De commissie merkt nog op dat zij er goede nota van heeft genomen dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid heeft verklaard, ondanks het bestaan van deze betalingsachterstand, de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2017 te beëindigen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2017,

A.I.M. van Mierlo